



TITLE:

学会抄録 第193回日本泌尿器科学
会関西地方会(2005年12月17日(土),
於 京都大学医学部芝蘭会館)

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第193回日本泌尿器科学会関西地方会(2005年12月17日(土), 於
京都大学医学部芝蘭会館). 泌尿器科紀要 2006, 52(9): 745-750

ISSUE DATE:

2006-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/71227>

RIGHT:

学会抄録

第193回日本泌尿器科学会関西地方会

(2005年12月17日 (土), 於 京都大学医学部芝蘭会館)

腎盂癌肉腫の1例: 佐藤元孝, 波多野浩士, 辻本裕一, 高田 剛, 本多正人, 松宮清美, 藤岡秀樹 (大阪警察), 辻本正彦 (同病理) 78歳, 女性. 無症候性肉眼的血尿を主訴に当科初診. 膀胱鏡にて右尿管口からの出血を認め, 超音波, DIP, CT および MRI にて精査したところ右腎盂腫瘍が存在した. 2005年2月28日, HALS 下に右尿管全摘除術を施行. 病理では尿路上皮癌と osteoblast 様巨細胞を含む充実性肉腫病変が混在し, 腎盂癌肉腫 G3, pT2, $\text{INF}\alpha$ の診断となった. 術後10カ月経過した現在, 再発なく外来通院中である. 腎盂癌肉腫は比較の稀な疾患であるが, 自験例を含む本邦報告12例について若干の文献的考察を加えて報告する.

排尿障害を呈した Malignant Melanoma 膀胱転移の1例: 藤井秀岳, 野本剛史, 石田博男, 白石 匠, 中村晃和, 沖原宏治, 水谷陽一, 三木恒治 (京府立医大) 56歳, 女性. 当院皮膚科にて外陰部 Malignant Melanoma の加療中, 排尿障害を主訴に当科紹介受診. 膀胱鏡にて膀胱頸部に灰白色の膀胱腫瘍を認めた. すでに Malignant Melanoma の肺転移・肝転移があり, stage IV であった. 尿閉でカテーテル留置となった患者の排尿障害の改善と病理組織の確認のため, 2005年7月1日, TUR-Bt を施行した. 病理学的組織診断では, N/C 比が高い異型細胞がびまん性に増殖し, 免疫組織化学検索で Melan-A 染色は陽性であり, Malignant Melanoma の膀胱転移と診断された. 術後, 排尿障害は改善し, QOL の向上に貢献した.

術前 M-VAC 療法が著効した右腎盂癌の1例: 森山泰成, 渡辺俊幸 (市立岸和田市民) 62歳, 女性. 背部痛, 前胸部不快感を主訴に近医受診. CT で右腎に腫瘍性病変, 後腹膜リンパ節の腫大を指摘され, 2005年3月1日当院に. 精査の結果右腎盂癌, 後腹膜リンパ節転移の診断. M-VAC 療法を2コース施行. 軽微な副作用で治療を完遂した. 画像検査で原発巣の縮小, 後腹膜リンパ節転移の完全消失を認め, 5月26日右尿管全摘除術施行. 病理診断は UC, G1, pTa, pN0 であった. 治療効果は E2. 本症例は術前 stage IV と進行癌であったが, M-VAC 療法が奏功した. 術後7カ月になるが再発, 転移を認めない. 術前化学療法の必要性を再認識した.

膀胱 Ewing sarcoma family of tumor の1例: 金 啓盛, 李 勝, 山下真寿男 (明石市民), 安藤 慎 (神戸西市民) 17歳, 男性. 主訴は肉眼的血尿, 排尿困難. 10歳時より急性リンパ性白血病に対して化学療法を施行し寛解した. 2年後に突然肉眼的血尿, 排尿困難を認め当科受診. 超音波検査, 諸検査にて膀胱腫瘍が認められたため, 経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った. 免疫染色も含めた病理所見は Ewing 肉腫に合致し, 染色体検査にて相互転座, キメラ遺伝子の発現も認められたため, 骨外性 Ewing 肉腫であると診断し化学療法を行った. 膀胱原発の骨外性 Ewing 肉腫の報告例はわれわれの調べたかぎりでは海外において5例認めるのみで, 本邦での報告は認められなかった. また国内外でも急性リンパ性白血病の二次癌としての骨外性 Ewing 肉腫報告例は見当たらなかった.

膀胱 MAL Tリンパ腫の1例: 角田洋一, 加藤大悟, 斉藤 純, 矢澤浩治, 細見昌弘, 佐川史郎, 伊藤喜一郎 (大阪府立医科セ), 伏見博彰 (同病理), 橋本 潔, 江左篤宣 (NTT 西日本), 中田 潤 (同内科) 84歳, 女性. 全身倦怠感, 体重減少を自覚し近医受診. 腹部 CT にて膀胱腫瘍を指摘され当科紹介となった. 膀胱鏡にて三角部から後壁にかけて非乳頭状広基性の腫瘍性病変を認めた. 尿細胞診は陰性であった. 腹部 MRI では膀胱腫瘍 T3b の疑いと診断された. TU-Biopsy を施行したところ, 腫瘍細胞はリンパ腫細胞で病理診断は Extranodal marginal-zone lymphoma of MALT であった. 胸腹部 CT では他のリンパ腫は認めず, 骨髄穿刺・生検にて腫瘍細胞はみられず, Ga シンチでは集積を認めなかった. 治療は従来の CHOP 療法にリツキシマブを加えた R-CHOP を施行した. R-CHOP を1コース施行後, 画像上は CR となった. 膀胱原発の MALT リンパ腫は本邦

16例目の報告である.

急激な転帰をたどった G-CSF, PTH-rP 産生尿路癌の1例: 益田良賢, 吉田哲也 (宇治徳洲会) 64歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に当科初診. 腹部超音波検査にて膀胱腫瘍を認めたため, TUR-Bt 施行 (UC, G3). 画像検査より浸潤性膀胱腫瘍と診断. 膀胱全摘術施行 (G3, pT2b) したが, 術後2カ月で肺・肝・リンパ節・腰椎転移を認めた. M-VAC 施行により肺転移巣は消失, 肝・リンパ節転移巣にも改善を認めたが, 高度の骨髄抑制とともに全身状態も悪化したため化学療法は継続できず, 術後4カ月で死亡した. 治療経過中, 白血球数・カルシウム値が異常高値であり, 免疫組織学的・臨床的に G-CSF, PTH-rP 産生腫瘍と診断された. G-CSF, PTH-rP 産生腫瘍は病理組織学的にも悪性度が高く, 急速な腫瘍の増大とともに1年以内にほとんどが死亡するきわめて予後不良であると言える.

膀胱褐色細胞腫の1例: 横溝 智, 任 幹夫, 小角幸人 (近畿中央) 74歳, 女性. 慢性腎不全, 高血圧で当院内科通院中, 腹部 CT にて15 mm 大の膀胱腫瘍を指摘されたため2005年4月8日当科紹介. 膀胱鏡にて後壁に母指頭大の非乳頭状広基性粘膜下腫瘍を認め, 同年5月6日 TUR-Bt 目的に入院となった. 術中膀胱鏡で膀胱内を観察中, 腹部を圧迫した際に急に頭痛と気分不良の訴えがあり血圧測定したところ収縮期血圧 270 mmHg にまで異常上昇していた. 褐色細胞腫であることが強く疑われたため TUR は中止となった. 精査にて血中ノルアドレナリンおよび尿中ノルアドレナリンの上昇を認めた. α -1 blocker にて血圧コントロールを行った後, 同年6月7日膀胱部分切除術を施行した. 病理組織は副腎外褐色細胞腫であった. 術後血中ノルアドレナリン, 尿中ノルアドレナリンとも正常範囲まで下降した.

両側精巣腫瘍の1例: 山口耕平, 山田裕二, 三浦徹也, 熊野晶文, 中野雄造, 竹田 雅, 田中一志, 原 勲, 藤澤正人 (神戸大) 33歳, 男性. 2004年3月, 右精巣癌で右高位精巣摘除術を施行された (Seminoma, pT1). 以後経過観察されていたが, 2005年1月, 左精巣内精子採取術を施行された際, 精巣内に極小さな結節性病変を認めたため摘除したところ, 病理診断は Seminoma, pT1 であった. このため同年2月, 左高位精巣摘除術を施行した (Seminoma, pT1). 両側精巣腫瘍は全精巣腫瘍の1~5%に発生し, 危険因子として遺伝性, 停留精巣, 不妊などが挙げられるが, 片側精巣腫瘍の発生そのものが最も高い危険因子であり, すべての精巣腫瘍症例において, 対側精巣発生の確認は重要である. 対側精巣生検および CIS に対する予防治療について一定のコンセンサスが得られていない現状において, 精巣機能障害を呈する精巣腫瘍患者に対し対側精巣に TESE を施行する必要がある場合, 腫瘍の発見や, 手技による腫瘍の播種の可能性について十分なインフォームドコンセントを得ておく必要があると感じた.

精管が陰嚢内に走行し精巣と交通していなかった高位 (腹腔内) 停留精巣の1例: 佐久間孝雄, 藤岡 一 (高槻), 岩井泰博 (同病理), 辻 功 (神戸赤十字) 22歳, 男性. 生下時より左停留精巣を指摘されるも放置. 左陰嚢の腫大と疼痛にて2005年8月当科初診. 左ソケイヘルニアと診断. 左精巣は触知できず. 左ソケイヘルニア根治施行時に精巣を検索した. まず, 精管を同定したが, 精管は陰嚢内に走行し盲端となっていた. また精索血管のような血管束も存在した. 泌尿器科的処置はここで終了と考えたが, 引き続きヘルニア根治術の際に腹腔内に精巣を確認したため, 摘出した. 通常の泌尿器科手術のみであれば Vanishing testis として手術を終了してしまった可能性があり, 注意を要すると考えた.

精索に発生した Fibroma の1例: 森本康裕 (泉大津市立) 症例は68歳, 男性, 数年前から右鼠径部の無痛性の腫大に気付くも放置

し、腫瘍の増大傾向があるために、2005年8月に受診した。CT、MRIなどの画像診断から右精索より発生した腫瘍として右高位精巣摘除術を施行した。臨床経過において炎症所見が見られないことと病理組織では免疫染色において vimentin は陽性であったが、他の desmin, S-100 などが陰性であったことや HE 染色の結果から Fibroma との診断を得た。精巣、精索鞘膜における線維性増殖性病変において、慢性炎症のないものを線維腫 (Fibroma)、炎症細胞の浸潤などがあるものを線維性偽腫瘍に分類される。精索、精巣などに発生した Fibroma の報告例は少なく本症例は、われわれの調べえる限り本邦8例目の報告であった。

精索横紋筋肉腫の1例：射場昭典，吉川和朗，松村永秀，垣田武，萩野恵三，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 78歳，男性。2005年4月左鼠径部に無痛性の腫瘍を自覚，増大傾向のため当科受診。触診にて腫瘍は弾性硬，充実性で可動性を認めた。CTで腫瘍は4cm大，内部不均一に造影された。後腹膜リンパ節に腫大を認めなかった。傍精索腫瘍を疑い，2005年6月腫瘍摘出術を予定していたが，術中腫瘍と精索の剥離は困難であり悪性の可能性を考慮し高位精巣摘除術を施行した。術後病理組織像は横紋筋肉腫であった。術後診断は精索横紋筋肉腫，胎児型，Group Ia とした。術後補助化学療法として VA (vincristine, actinomycin D) 療法を施行したが，有害事象のため1コース途中で中止した。術後4カ月の現在再発を認めていない。

精索に発生した Leiomyosarcoma の1例：仁田有次郎，細野智子，鞍作克之，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市立） 症例は72歳，男性。2003年より左陰囊内の硬結を自覚するも放置していた。徐々に増大認めたため，2005年5月当科受診。超音波検査にて，精索上部に3cm大の内部に石灰化を強く伴った充実性腫瘍を認めた。入院後，左高位精巣摘除術を施行。病理組織学的検査の結果，精索由来の平滑筋肉腫だった。精索原発の悪性腫瘍は稀な疾患で，精索平滑筋肉腫は自験例を含めて本邦では25例の報告があるのみである。治療に関しては高位精巣摘除術を行うことがほとんどである。術後の補助療法として確立されたものはないが，局所再発の予防に放射線療法が有効であった報告がいくつかある。本症例にても術後，左陰囊から鼠径部，左側骨盤腔に計50.4Gyの放射線治療を追加した。術後6カ月現在再発を認めていない。

性腺外胚細胞腫の1例：加藤大悟，斉藤 純，角田洋一，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立医療セ），八木啓子（同小児科），伏見博彰（同病理），田中雅登（日生） 8カ月の男児。排尿時に強い腹圧を要し，血塊が混じることに母親が気づき，当院小児科受診。超音波検査にて膀胱背側に径5cm程度の内部不均一な腫瘍認めたため，MRI施行。膀胱背側左寄り不均一に造影される solid mass を認めた。当科にて開腹生検術施行し，後腹膜原発卵黄嚢腫瘍と診断。CBDCA, ETP, BLM による JEB 療法開始し，3コース終了時より腫瘍の著明な縮小を認めた。また AFP 値は化学療法開始前 51,600 ng/ml と高値を示したが，4コースで陰性化した。その後腫瘍摘出術施行し，摘出した標本に腫瘍細胞の残存はなかったが，腫瘍は膀胱後壁，左尿管，精管に浸潤しており，これらの組織を温存したため，一部腫瘍が残存。JEB 2クール追加したが，AFP 値は正常範囲内を保った。化学療法後8カ月経過するも，画像上再発なく，AFP 値の上昇はない。

腎軟結石症の1例：町田裕一，玉田 聡，米田幸生，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大），山本啓介（山本クリニック） 38歳，女性。20歳代に2回腎盂腎炎を繰り返している。2003年10月，右腎結石および右水腎症にて当科紹介。ESWL 後に排石をみとめたが，腎盂腎炎が再発した。DIP で上部尿管結石および同部の尿管狭窄像をみとめたため，TUL および尿管バルン拡張術を施行した。その後の DIP，超音波および CT にて腎軟結石がみとめられた。腎レノグラムで右腎機能の著しい低下をみとめるとともに，腎盂腎炎を繰り返していることから，2005年7月右腎摘除術を施行した。結石分析にて蛋白71%，リン酸カルシウム29%であり，病理組織にて腎実質にリンパ球浸潤をみとめていた。術後は発熱をみとめず，経過良好である。

ソノリスビジョン導入後，1年間の ESWL 成績：佐久間孝雄，藤岡 一（高槻），辻 功（神戸赤十字） ソノリス・ビジョンを導入

し，1年間で上部尿路結石症に対して54例，118回の体外衝撃波結石破碎術 (ESWL) を行った。腎結石22例，尿管結石32例。≤10mm 28例，10<≤20mm 22例，20<≤30mm 4例。平均治療時間37分。平均治療回数2.2回（1～10回1回25例，2回16例，3回5例，4回以上8例）。完全排石率86%，有効率98%，無効率2%（1例 TUL 施行）。重篤な合併症は皆無で，総じて良好な治療成績であった。

腎後性腎不全をきたした蛋白結石の1例：三橋 誠，門脇昭一，田部 茂（白鷺） 68歳，男性。主訴は嘔気，全身倦怠感。腎結核にて右腎摘出の既往有り。多発性胃潰瘍にて内服治療中。以前より慢性糸球体腎炎による慢性腎不全の加療を行ってきたが，腎機能の急性増悪を指摘されて入院。腹部単純 CT 検査にて右水腎，水尿管を認めたが明らかな閉塞原因を同定しえず。入院同日に緊急血液透析治療を施行。また著明な貧血に対し上部消化管内視鏡検査を行い出血性胃潰瘍の治療を開始したが，その後も貧血の増悪および全身状態の悪化を認めたため腎不全に対しては血液透析を継続した。その後，自尿出現，腎機能改善を認め，血液透析離脱。ほどなく黒褐色の尿路結石を自排した。その後の腹部 CT で右水腎の消失を確認。タンパク結石は超音波での音響陰影が弱く CT 上も腎実質と X線吸収値が変わらないため画像診断はきわめて困難である。

尿道吊り上げ術14年後に出現したテフロンシートを核とした下腹部皮下膿瘍および吊り上げ糸を核とした膀胱結石の1例：福原慎一郎，横山昌平，松本 穰，今津哲央，原 恒男，山口誓司（市立池田） 59歳，女性。主訴は排尿時痛および下腹部創よりの排膿。既往歴は1991年他院にて Raz 法による尿失禁手術および1997年より糖尿病がある。2003年2月頃より排尿時痛出現。2004年7月頃より下腹部創よりの排膿が出現した。2005年3月上記主訴に対し精査加療目的にて当科入院。膀胱鏡では膀胱前壁に2本のナイロン糸が穿通しており，そこに1cm弱の結石が付着していた。腹部 CT では下腹創直下にテフロンシートを核とした膿瘍の形成を認めた。2005年3月手術を施行。術後半年たった現在，膿瘍，膀胱結石の再発は認めていない。

骨盤内臓全摘除術後15年目にインディアナバウチ内に発生した腺癌の1例：齊藤亮一，西川信之，金 哲将（公立甲賀） 76歳，女性。1989年再発直腸癌のため骨盤内臓全摘除術およびインディアナバウチ造設術施行。2001年腹痛で外科入院中に泌尿器科の精査目的で当科紹介となった。DIP 上バウチ内に4.5×2.0cmの結石を認め，腎盂鏡下に碎石した。2004年残石に対する結石摘除術の際，バウチ内に直径7mmの隆起性病変を認め，内視鏡下粘膜切除術 (EMR) を施行した。病理組織学的診断は高～中分化型腺癌であった。腫瘍発生部位が尿路吻合部位以外であり，また直腸癌の既往があることから de novo 発生腫瘍と考えられた。今後直腸癌の既往がある場合の尿路変向術としては結腸利用術式を避けるべきであると考えられた。

膀胱全摘術・回腸利用新膀胱造設術 (Studer 法) 後に上部尿路再発 (CIS) を来した1例：花田英紀（社保滋賀），影山 進，坂野祐司，上仁数義，成田充弘，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 79歳，女性。両側の水腎症を指摘され当科受診。8年前に膀胱癌 (CIS) に対し膀胱全摘除術＋回腸利用新膀胱造設術 (Studer 法) を施行されていた。尿細胞診にて class 5 を指摘，精査加療目的に入院となった。逆行性手技が困難であると予想し腰椎麻酔下に両側腎盂尿の採取，RP，尿管カテーテル留置術を行った。手技は非常に困難であった。RP 所見と，両側腎盂尿の細胞診にて陽性を繰り返し認めたことより，両側上部尿路上皮内癌と診断した。治療として BCG 腎盂内注入療法を選択したが，逆行性手技が困難であったため，経皮的腎瘻造設術を行い順行性に治療を行った。BCG 注入療法を2回行い尿細胞診は陰性化した。

脂肪腫を伴った Accessory labioscrotal fold の1例：永原 啓，川越真里，松本富美，島田憲次（府立母子医療セ），浜名圭子，中山雅弘（同病理） 0カ月，女児。生直後会陰部腫瘍指摘され当科紹介。脂肪腫と診断し経過観察。増大傾向認め7カ月時に切除術施行。病理組織検査結果は脂肪腫で，腫瘍を覆う表皮の一部は皺壁状で発毛・色素沈着を認め，平滑筋を含む大陰唇様の構造であった。以上より会陰部脂肪腫を伴う accessory labioscrotal fold と診断。女児の accessory labioscrotal fold は男児では accessory scrotum (副陰囊) にあたり，正常な陰唇構造に加え異所性に陰唇構造を認めるもので，自験例を含め

過去4例報告されている。発生の詳細は不明だが、外性器の発生過程で生殖隆起の尾側移動の途中で間葉系組織が存在することが原因と推察されている。

長期尿道カテーテル留置患者に発生した皮膚腹壁浸潤、膀胱 Squamous cell carcinoma の1例：安田鐘樹，地崎竜介，河 源，六車光英，室田卓之，木下秀文，松田公志（関西医大） 52歳，男性。3歳時，脊髄損傷。11歳時，尿閉となり半年間膀胱瘻留置。19歳頃から尿道バルンカテーテルでの管理となる。2005年7月，腹壁に腫瘤認め，生検で Squamous cell carcinoma であった。CT で膀胱から腹壁にかけて腫瘍を認め，膀胱鏡で，膀胱頂部から膀胱頸部にかけて腫瘍を認めた。腹壁合併膀胱全摘除術，尿管皮膚瘻造設，腹直筋皮弁術を施行した。病理診断は Well differentiated squamous cell carcinomas であった。本症例は，膀胱から腫瘍が発生したと考えるが，40年前に留置した膀胱瘻の跡と膀胱との癒着癒着が，皮膚腹壁浸潤につながったのではないかと考えている。脊髄損傷患者には膀胱癌発生率が高く長期的な管理が必要である。

両側副腎ヒストプラズマ症の1例：沖波 武，澤田篤郎，田上英毅，石戸谷哲，奥村和弘（天理よろづ），弓場吉哲（同臨床病理） 68歳，男性。既往歴は特になし。検診のPETにて両側副腎腫瘍を指摘。近医にてCTガイド下右副腎生検，開腹左副腎生検を施行されるも，肉芽腫性病変を認めるのみで，各種免疫染色，内分泌学的検査にて異常なし。副腎結核と考えられ治療されたが，両側副腎腫瘍が急速に増大したため当科紹介受診。持参標本の再検討にてGrocott染色陽性， β -D-グルカン高値であり真菌感染と診断。海外渡航歴や両側副腎病変よりヒストプラズマ症を疑い，抗ヒストプラズマ抗体陽性，組織PCR法でのヒストプラズマDNAとの一致より確定診断。アムホテリシンB，イトラコナゾールの投与にて両側副腎腫瘍の縮小， β -D-グルカンの低下を認めた。1年経過した現在，副腎皮質機能不全にてヒドロコルチゾン補充療法を施行中であるが，全身状態は良好である。

腹腔鏡下に両側精巣を摘出した精巣性女性化症候群の1例：神農雅秀，邵 仁哲，大石正勝，山田恭弘，牛嶋 壮，内藤泰行，米田公彦，河内明宏，三木恒治（京府立医大） 19歳，女性。両側鼠径ヘルニア根治術の施行歴あり。原発性無月経の精査目的にて当院産婦人科紹介。子宮・付属器は確認できず，膣は盲端であった。また，テストステロンの異常高値を認め，染色体が46XYであり，精巣性女性化症候群と診断。MRI上，明らかな精巣は確認できなかったが，残存精巣の存在が強く疑われ，当科紹介。腹腔鏡検査を施行した所，両側精巣を確認，同時に摘除術を施行した。摘出組織はセルトリ細胞で形成された未熟な尿管，およびライディッヒ細胞が著明に増生した間質とで形成されていたが，精祖細胞・精子は存在しなかった。また悪性所見も認めなかった。術後，経過に特に問題なく退院。テストステロン値は著明に低下した。現在，ホルモン補充療法にて経過観察中である。

膀胱全摘術後感染性腎膿瘍を呈した症例：三浦徹也，熊野昌文，山中和樹，中野雄造，田中一志，原 勲，荒川創一，藤澤正人（神戸大） 67歳，男性。浸潤性膀胱癌に対して2005年6月16日根治的膀胱全摘除術，回腸導管造設術施行。術後20日目40℃の発熱，左叩打痛を認め腎盂腎炎を疑いBIPM，TEICにて抗菌化学療法を開始した。炎症所見の改善は認めるも38℃以上の発熱が持続するため，術後27日目CT施行。CT上左腎膿瘍内感染が疑われ，経皮的ドレナージを施行した。膿瘍内容液から *P. aeruginosa* が分離された。以後解熱，炎症所見の改善を認め，術後38日目MINO 200 mgにて固定した。3ヵ月後のCTにて膿瘍の再発は認めていない。腎膿瘍内への抗菌薬の移行は悪く，感染性腎膿瘍の治療においては何らかの外科的処置が必要である。1990年以降8割以上の症例で経皮的ドレナージが施行されており良好な成績をおさめている。

治療に難渋した腸腰筋膿瘍の2例：山崎健史，井口太郎，浅井利大，石井啓一，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市総合セ） 症例1は66歳，女性。糖尿病の既往あり。2005年5月右臀部を強打。その後発熱認めCTで腸腰筋から骨盤腔内にかけて広範囲な膿瘍認めため当院内科入院となった。起因菌は不明であった。2度にわたりドレナージ，切開排膿施行。創部は開放創とし洗浄続けたところ

感染は改善し，退院となった。症例2は55歳，女性。2005年8月食欲不振を主訴に近医受診。感染兆候，腎機能低下認め入院となった。CTにて左珊瑚状結石，左膿腎症，広範囲な膿瘍認め感染性ショックとなり当院転院となった。左腎摘出術，膿瘍ドレナージ施行し，創部は開放創とした。起因菌は嫌気性菌であった。その後洗浄にて感染は改善したが下行結腸と皮下に瘻孔形成したため人工肛門造設し，現在も加療中である。

保存的に治療しえた上部尿管マラコブラキアの1例：井上高光，西山博之，神波大己，吉村耕治，高橋 毅，中村英二郎，清川岳彦，伊藤哲之，賀本敏行，小川 修（京都大） 30代，女性，クッシング病精査CTでの右水腎症で紹介受診。血中ACTH上昇，尿沈渣でWBC 20~30/HPF，尿培養で大腸菌を認め，尿細胞診は陰性。DIPで上部尿管に閉塞像を，CTで同部位に造影される尿管腫瘍を認め，尿管鏡でやや黄色の結節状腫瘍が観察された。浸潤性尿管腫瘍を疑ったが，生検病理では多核球浸潤と同心性層状の封入体であるミカエリスグットマン小体を認め，マラコブラキアと診断した。クラビット 300 mg/day，ベサコリン 30 mg/day，アスコルビン酸 600 mg/day による内服治療4ヵ月後，CTで水腎症の改善および尿管腫瘍の縮小を認めた。尿管のみのマラコブラキアは本邦3例目で，治療前に確定診断し薬物療法で改善したものは自験例のみであった。

腸腰筋に再発した後腹膜膿瘍の1例：白石裕介，根来宏光，大久保和俊，岡田卓也，諸井誠司，川喜田睦司（神戸中央市民），今井幸弘（同病理） 58歳，男性。2002年8月他院で後腹膜膿瘍と診断され，左腎合併後腹膜膿瘍切除術および術後化学療法2コース施行。2005年1月CTで左腸腰筋内に長径70 mmの腫瘍を認め，CTガイド下生検で膿瘍の再発と診断され当科受診。同年3月31日経腹膜に膿瘍切除術施行。膿瘍は左腸腰筋内に深く浸潤しており，わずかの筋および筋膜を残してほぼ完全に離断。病理はliposarcoma。術後腸腰筋切除に伴う後遺症が予想されたが，術後1日目から歩行可能，以後日常生活に問題なく，再発も認めていない。腸腰筋は大腰筋と腸骨筋で構成されており，互いに協調しながら機能的には1つの筋として働いている。本症例は大腰筋内の膿瘍であったが，治療上大腰筋を大きく切除しても日常生活には大きな支障をきたさない可能性が示唆された。

集学的治療を行った女子尿道扁平上皮癌の2例：小森和彦，中山雅志，市丸直嗣，辻村 晃，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），角田洋一（大阪府立医療セ），横山昌平（市立池田），高羽夏樹（東大阪市立総合） 症例1は62歳。外陰部の出血を主訴に近医を受診し尿道から膣壁にかけての腫瘍を指摘され当科紹介となる。MRIで径1.5 cmの腫瘍を認め，腫瘍生検術を施行。病理診断は，中～低分化型扁平上皮癌であった。M-VAC療法を2コース施行後，42 Gyの組織内照射を追加した。治療開始後2年経過し再発，転移を認めていない。症例2は73歳。主訴は尿失禁，性器出血。外尿道口6時に腫瘍を認め，尿道腫瘍の診断にて当科紹介となる。MRIでは径1.5 cmの腫瘍を認め切除術を施行した。病理診断では中分化型扁平上皮癌でその後骨盤部および両鼠径部リンパ節に46 Gyの外照射を追加した。治療開始後1年半の現在明らかな再発，転移を認めていない。

尿道周囲膿瘍の1例：藤原 淳，荒木博孝（済生会滋賀県立） 37歳，男性。既往歴は特記すべきことなし。2005年6月，自宅で動けなくなっているところを発見され，化膿性脊椎炎・左背部皮下膿瘍および会陰部膿瘍を認め救急搬送された。背部皮下膿瘍と会陰部膿瘍に対して抗生剤投与とドレナージ術により保存的加療を行うも，会陰部膿瘍は一向に改善認められず，骨盤CTで尿道周囲に膿瘍形成を認めた。逆行性尿道造影で尿道振子部から骨盤内へのリークがあり，経会陰的尿道吻合術およびデブリドメントを施行した。術後2週間後の画像検査では尿道周囲膿瘍および尿道損傷の所見は消失していた。尿道周囲膿瘍は会陰部膿瘍へ進展して発見されることがほとんどであり，中でもフルニエ壊疽との鑑別が肝要となるが，診断・治療の両側面において原因の除去とデブリドメントが有効であると考えられた。

尿道憩室に発症した女性尿道癌の1例：藤井孝祐，甲野拓郎，高寺博史（八尾徳洲会），津島寿一，中島祐子（同放射線），山下憲一（同病理） 78歳，女性。既往歴：2000年卵巣腫瘍にて両側卵巣摘出。排尿障害にて受診。エコー，MRIにて恥骨後面と尿道の間に約4 cm大の腫瘍を認めた。画像所見上は男性の前立腺様であった。膀胱鏡で

は尿道に異常はなかった。経膣生検を施行し、腺癌（高分化型）と診断された。2004年9月腫瘍摘出、尿道部分切除術を施行した。腫瘍は皮膜に覆われ、尿道と癒着していた。腫瘍は白色症充実性であった。病理結果は傍尿道腺由来の clear cell adenocarcinoma と診断された。2000年時の骨盤 MRI では、腫瘍の部分と同一位置に尿道憩室が尿道の背側に存在しており病理結果とあわせて考察すると尿道憩室よりの発症と考えられた。患者は術後1年以上経過するが再発を現在の所認めていない。尿道憩室癌の報告は、少なく世界で100例程度である。

薬剤性排尿障害の検討—泌尿器科単科開業医での経験—：澤村新，宍道慶子，山本実恵子，西山真知子，横井千恵（沢村泌尿器科クリニック），坂本伸宜，河野 学，安本亮二（十三市民）【目的と方法】2004年12月から2005年7月までに当科を受診した257名の他科での投薬内容とその副作用（排尿障害）を調べた。【結果】当院のみの受診患者数は全体の16%にすぎず，残りは他科で384種類1,072薬剤1人平均5.5薬剤が投与されていた。科別の受診頻度は内科が65%，眼科，神経内科が9%，外科，整形外科が4%であった。排尿に影響を与える薬剤の投与はCa拮抗剤，高脂血症，アレルギー，精神病，パーキンソン病，β遮断剤，筋弛緩剤，てんかん，抗うつ剤，抗不整脈剤の順で高かった。8例が排尿困難と尿閉を起こしアレルギー，感冒薬，循環器，頻尿治療，神経内科に関する薬剤であった。【結語】近年，神経内科の受診率は高く十分な投薬内容のチェックは必要と思われる。

無気腹体腔鏡補助下前立腺被膜下摘除術を施行した巨大前立腺肥大症の1例：高尾典恭，徳地 弘，七里泰正（大津市民） 84歳，男性。尿閉・急性腎不全を主訴に当科受診。超音波検査上，前立腺は6.7×7.8×6.1cmと著明に肥大し，複数の膀胱結石を認めた。また，両側水腎症を呈しており血清Cr 11.8，BUN 88で腎後性腎不全を認めたが尿道カテーテル留置で腎機能障害は速やかに軽快した。前立腺肥大症および膀胱結石に対して，腹壁吊上げ鉤を使用した無気腹体腔鏡補助下前立腺被膜下摘除および膀胱結石摘出術を施行した。摘出標本重量は160g。手術時間は240分（体腔鏡操作時間210分），出血量は約800mlであった。歩行・食事摂取は術翌日より開始。術後7日目に尿道カテーテルを抜去したが排尿状態は良好で残尿は少量であった（30ml以下）。膀胱結石や憩室などを合併した巨大前立腺肥大症での治療選択として本治療も有効である可能性が考えられた。

市立豊中病院泌尿器科における5年間の手術統計：中村吉宏，嘉元章人，志水清紀，吉村一宏，清原久和（市立豊中） 2000年から2004年までの5年間の市立豊中病院泌尿器科での手術統計を報告する。年間手術症例数は手術室を利用した手術に限定すると2000年から順に359，357，362，335，340例で，合計1,753例であった。臓器別では，症例数の多いものから順に膀胱が全体の42%（741例），前立腺が14%（253例），尿管が11%（190例）であった。腹腔鏡下の手術が全部で6例（副腎5例，精索静脈瘤1例）であった。

後腹膜に発生した脂肪肉腫の1例：山口唯一郎，小野 豊，垣本健一，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪府立成人病センター） 65歳，女性。2005年7月，左側腹部腫瘍触知を主訴に他院受診。腹部CTにて左腎，腸腰筋，下行結腸に接する多発性腫瘍を認め，当科紹介受診。当院での画像検査にて左腎上極，横隔膜左側，後腹膜腔，腸腰筋背側に多発性の腫瘍を認めた。8月9日エコーガイド下に腫瘍針生検を行うも確定診断には至らず，8月31日，後腹膜腫瘍摘除術，左腎摘除術，横隔膜部分切除術を施行。病理検査結果はwell differentiated sclerosing liposarcomaであった。補助療法として後腹膜腔に60Gyの放射線照射を施行し，現在再発なく外来にて経過観察中である。

特発性多発性線維性硬化症の1例：福井勝一，長船 崇，小倉啓司（大津赤十字），谷口孝夫（同内科），雑賀興慶（同病理診断学） 60歳，男性。2000年右水腎症を指摘あるも放置。2005年近医にてCTで縦隔，右腎盂尿管移行部と精囊に腫瘍と右水腎症指摘され当院紹介受診となる。既往症として高血圧症，糖尿病，胆嚢摘出術，閉塞性胆管炎，心房細動あり。生化学所見では，IgG4の上昇を認めた。エコーガイド下腎門部腫瘍生検施行。病理結果は，強い慢性炎症を伴う線維の増生があり，IgG4特殊染色にてplasma cellの濃染像を認めた。Multifocal fibrosclerosis 診断のもと，ステロイド療法開始。治療開始

2カ月目のCTで，腫瘍の縮小を認め，血清IgG4も正常化した。現在ステロイド減量中であるが，再発など認めず経過中である。

後腹膜原発小細胞癌の1例：三宅牧人，田中雅博，鳥本一匡，田中宣道，平山暁秀，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 47歳，男性。2002年12月ごろより左腰背部痛が出現した。近医受診したところ，CTにて長径18cmの後腹膜腫瘍と多発性肝腫瘍を認めたため，精査加療目的に当院紹介受診した。CTガイド下経皮的後腹膜腫瘍針生検および全身の画像評価にて，多発性肝転移，左頸部リンパ節転移を有した進展型後腹膜原発小細胞癌と診断された。Cisplatin，etoposideによる多剤併用化学療法にて著効するも，化学療法中止後にPDとなりIrinotecanを用いたsecond-line chemotherapyを施行した。その後の再増悪に対するCisplatin単剤化学療法を施行中に脳転移を認めたため，開頭腫瘍切除，γナイフを施行した。集学的治療によりQOLを維持しながら，2年7カ月間延命しえた。

閉鎖神経に発生した後腹膜神経鞘腫の1例：伊藤伸一郎，古賀実，菅尾英木（箕面市立） 48歳，男性。健康診断で膀胱の左後部に超鶏卵大の嚢胞状腫瘍を指摘され紹介受診となった。初診時尿頻がみられたが，検査所見および現症では特に異常はみられなかった。エコー，CT，MRIにて膀胱左後部に膀胱を著明に圧排する腫瘍を認め，血管造影にて左閉鎖動を栄養血管とする閉鎖神経由来あるいは骨盤壁由来の腫瘍と診断した。これらより手術が第一選択と考えられ，下腹部正中切開にて腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は閉鎖神経に連続して存在しており，一部閉鎖神経を切除し腫瘍を摘出した。病理組織はアントニAB混合型の神経鞘腫であった。術後7カ月経過しているが，神経症状その他の合併症や再発を認めていない。

巨大平滑筋肉腫の1例：橋本貴彦，上田康生，樋口喜英，丸山琢雄，近藤宣幸，野島道生，山本新吾，森 義則，島 博基（兵庫医大），廣田 誠一（同病理） 61歳，女性。主訴は腰痛。CTにて左後腹膜に腫瘍を指摘され，精査加療目的に受診。さらなる画像検査にて左後腹膜腫瘍，右副腎転移疑いと診断され，後腹膜腫瘍摘除，左腎摘除，左半結腸切除，右副腎摘除を施行。摘除標本は17×11×17cm，重量3.84kg，平滑筋肉腫であった。術後2カ月で局所再発をきたし死亡した。後腹膜平滑筋肉腫は主に手術療法が行われ，根治性の観点からは必要に応じて周辺臓器を含めた合併切除が積極的に行われている。その他化学療法，放射線療法も施行されているが効果が乏しく，今後さらなる有効な集学的治療の開発が望まれる。本邦報告54例の集計を考察する。

腎細胞癌，腎盂癌（移行上皮癌）の重複癌の同側同時発生をみた1例：安田和生，東郷容和，鈴木 透，山本裕信，古倉浩次（宝塚市立） 54歳，女性。健診にて尿潜血・尿蛋白を指摘され近医を受診し，超音波検査にて腎腫瘍が疑われ当科紹介となる。腹部CTにて6～7cmの腎腫瘍を認め腎細胞癌と診断し，2005年7月21日根治的左腎摘除術を施行した。腫瘍は7.0×5.5×4.2cm大で腎中央から下極に存在した。断面は結節状で黄色病変と白色病変とがくっきりと分かれており，白色病変は腎盂と連続し，病理所見はそれぞれRCC clear cell type，G3，INFα，pT1b，v- およびUC，G3>G2，pT3，ly+，v+の衝突癌であった。他に転移巣は認めず，術後患者の希望にて補助療法は行わず経過観察中で，術後5カ月の現在再発は認められない。

妊娠を契機に膀胱タンポナーデを来した腎動静脈奇形の1例：木内 寛，宮川 康，新井康之，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），峯川亮子（同産婦人科），大須賀慶悟（同放射線） 症例は32歳，女性。主訴は肉眼的血尿。第2子の妊娠時に肉眼的血尿を認め，精査を行ったが，原因不明であった。第3子の妊娠31週より再び肉眼的血尿が出現し，血尿による尿閉となり，近医にて尿道カテーテルを留置した。腹部超音波にて右水腎症，膀胱鏡にて右尿管からの血尿を指摘され，当院産婦人科紹介受診し，精査，加療のため入院となった。MRIではT2強調で右腎下極に1.5cmの無信号領域を認め，血管病変を疑い，再度カラードプラーを行ったところ，同部位に乱流を認め，右腎動静脈奇形を疑った。妊娠37週でオキシトシンによる誘発分娩後に血管造影を行い，右腎下極にあるcirsoid typeの動静脈奇形を確定診断し，エタノールにて塞栓術を行った。術後，やや動静脈奇形は残るものの血尿は認めていない，腎動静脈奇形は稀な疾患であるが，妊娠中

に悪化する可能性がある。診断に際しカラードブラは有用な検査方法である。

肺リンパ脈管筋腫症に合併した腎血管筋脂肪腫の1例：斉藤 純，加藤大悟，角田洋一，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立医療セ） 32歳，女性。2004年5月25日，息苦しさを主訴に近医を受診し，胸部レントゲン写真にて左肺にブラを指摘された。5月30日，再度息苦しさを自覚したため当院を受診し，胸部レントゲン写真にて左気胸を指摘された。その後も気胸を繰り返し，胸部CTにて肺リンパ脈管筋腫症と診断された。腹部CTにて腎血管筋脂肪腫を認めたため当科紹介となった。肺リンパ脈管筋腫症はTSC遺伝子の変異によるLAM細胞の増殖により，主として妊娠可能年齢の女性に発症する稀な嚢胞性肺疾患である。LAM細胞の増殖は肺だけでなく縦隔，後腹膜，骨盤腔の各リンパ節群やリンパ管に沿って認められることがあり，縦隔・後腹膜・骨盤リンパ節腫大や腎血管筋脂肪腫を認めることもある。

嫌色素細胞癌の1例：安福富彦，田中浩之，松本 修（三木市民），八尾昭久（県立加古川），岡本雅之（姫路日赤），鹿股直樹（神戸大病理） 57歳，女性。内科で高血圧，糖尿病の加療中，エコーで左腎腫瘍を指摘された。CTで腫瘍は腎実質とほぼiso density，内部は均一，造影効果がなく，出血性嚢胞を疑われた。2001年5月，当科紹介受診された。MRIにて腎実質とほぼ等信号，ダイナミック画像で内部に一部造影効果を認め，腎腫瘍が疑われた。エコーガイド下に腫瘍の生検を行い，病理組織診断は嫌色素細胞癌であった。左腎摘出術を施行，腫瘍は8×4.5×5cm大で，組織診断は嫌色素細胞癌，typical variant, pT2, G2, v(-)であった。術後4年の現在，腫瘍の再発，転移を認めていない。嫌色素細胞癌はlow stage, low gradeな腫瘍が多く，予後は淡明細胞癌と比較して良好であるとされる。

ペリニ管癌の1例：丸山 聡，岡 泰彦（加古川市民），岡村明治（同病理），長谷川 裕（同内科） 43歳，女性。血尿で他院にて経過観察中，発熱のため内科入院。当初，甲状腺機能亢進症で加療も解熱不良。エコーで左腎腫瘍を指摘され，CT・血管造影施行。左腎中極のhypo-vascularな腫瘍を同定。IAP 1,210 μ g/ml, IL・レセプター3,440 U/ml，尿細胞診：class 2. 悪性リンパ腫を鑑別疾患とした左腎細胞癌と診断。左腎摘除術施行し，Collectig duct carcinoma（ペリニ管癌）pT1b, pN0, G2, INF α , v+ の病理診断を得る。骨転移を認めたため，術後M-VACによる化学療法を1クール施行したが，血小板減少のため治療中断。術後約4カ月で死亡。文献的にペリニ管癌はきわめて予後不良で転移巣に対する有効な治療法がない。新たな治療法が期待される。

視力低下および視野障害を呈した前立腺癌の1例：今西 治，寺川智章，常森寛行，野瀬隆一郎，田口 功，山中 望（神鋼） 63歳，男性。主訴は右目の視力低下。2005年3月，当院内科に骨髄異形成症候群の精査加療のため入院中，突然の右目の視力低下を訴えた。右目の視力は指数弁，視野検査では20から30の中心暗点を認めた。頭部MRIにて右眼窩内腫瘍および左前頭骨腫瘍を認めた。左前頭骨腫瘍生検を施行。腺癌の骨転移との診断となった。PSAは15,800 ng/ml。前立腺生検にて前立腺癌が確定し，前立腺癌眼窩転移と診断した。放射線治療およびMAB療法を行い，視力視野ともに改善した。転移性眼窩腫瘍は比較稀な疾患である。高齢男性で骨転移を伴う例は，原発巣として積極的に前立腺癌を疑うべきと考えられた。

直腸全周性粘膜下腫瘍を契機に発見された前立腺癌の1例：石井淳一，松田 淳，浅井省和，熊田憲彦，西阪誠泰，柏原 昇（吹田市民） 80歳，男性。1995年BPHに対しTUR-P施行。2005年7月排便困難認め外科受診。大腸内視鏡にて直腸に全周性粘膜下隆起を認め粘膜生検施行するも悪性所見は得られなかった。注腸造影にて肛門縁より5cmの狭窄認めた。骨盤部CTおよびMRIにて前立腺に接する直腸の全周性壁肥厚を認めた。同7月15日CTガイド下直腸生検施行。組織学的にPSA染色陽性の腺癌認めた。採血にてPSA 130 ng/mlと高値認め当科紹介となり同8月経会陰的前立腺生検施行。低分化型腺癌（Gleason score 5+5=10）を認めた。骨シンチにて多発性骨転移認めT4N0M1bの診断のもとMAB療法および放射線療法施行した。直腸狭窄は改善しPSAは0.055 ng/mlまで低下し現在外来通院にて経過を見ている。

巨大前立腺癌の1例：桑原伸介，南 英利，上水流雅人，池本慎一（八尾市立） 患者は83歳，男性。排尿困難を主訴に2003年9月30日に当科外来受診。尿閉状態であったが，導尿後も下腹部に腫瘍を触知した。超音波検査・CTにて前立腺は小児頭大に腫大し，PSAは2,970 ng/mlと異常高値を示していた。前立腺生検の結果は中分化型腺癌であった。CTで左総腸骨リンパ節の転移を認めたが他部位への転移は認めず病期D1と診断した。2003年10月15日からDES-DP（diethylstilbestrol diphosphate）を500 mg/dayで21日間投与したところ，著明な前立腺の縮小とPSAの低下を認めた。その後はLH-RH analogueと抗アンドロゲン剤によるMAB療法に移行し，2005年12月現在再燃は認めていない。

前立腺癌乳腺転移の1例：竹内一郎，金沢元洪，納谷佳男，植原秀和，川瀬義夫（松下記念），山口正秀（同外科） 70歳，男性。血清PSA 33.32 ng/mlと高値のため受診，前立腺生検を施行，低分化型腺癌（Gleason score 5+4=9）と診断した。直腸内指診，TRS，骨盤部MRI，骨シンチグラフィーにてcT4N1M1bと診断，MAB療法を開始したがホルモン不応性となり血清PSA値は上昇，骨転移巣も増大した。初診から1年4カ月後，両側乳腺腫脹・疼痛を自覚，乳腺炎，原発性・転移性乳癌との鑑別のため両側乳腺針生検を施行した。PSA，PAP染色陽性の前立腺癌に類似した低分化型腺癌を認め，臨床的に前立腺癌乳腺転移と診断，1カ月後に死亡した。男性乳癌は全乳癌の1%と稀であり，両側性のものはその1.9%ときわめて稀である。前立腺癌乳腺転移は江本らによると三十数例の報告がある。

前立腺小細胞癌の2例：吉田栄宏，植村元秀，原田泰規，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同臨床病理），菅野展史（菅野クリニック） 症例1，76歳。主訴は排尿困難。初診時より血痰を認め，胸部単純写真にて多発性転移性肺腫瘍が疑われた。PSAが24.9 ng/mlと高値を認めたため，前立腺針生検施行，病理診断は小細胞癌であった。前立腺癌T3bN1M1と診断し，MAB療法施行。肺転移巣は一時消失したが再発をきたし，治療開始より12カ月後に死亡した。症例2，79歳。PSAが10.4 ng/mlと高値を認めたため，前立腺針生検施行，病理診断は小細胞癌であった。前立腺癌T3bN1M1と診断し，MAB療法施行。治療効果なく，治療開始より5カ月後に死亡した。前立腺小細胞癌は本邦ではこれまでに約70例の報告があるが，診断，治療などについて統一された見解がないのが現状である。

前立腺癌における癌抑制遺伝子（p53）と細胞周期関連遺伝子（Ki-67）を用いた免疫組織学的研究：森田 高，久保雅弘（ペリタス），古倉浩次，山本裕信（市立宝塚） [目的] 前立腺癌の悪性度の評価方法としてのp53とKi-67の有用性について，免疫組織学的に検討する。[対象] 当院において前立腺生検を施行した60症例 [方法] 前立腺標本はTRUSガイド下前立腺針生検で採取，1,000細胞以上計測の上，Ki-67 LIおよびp53 LIを算定した。[結果] Ki-67 LIはBPH症例で平均0.67，前立腺癌症例で平均3.75であり両群間に有意差を認めた（p<0.01）。p53に関しては60症例中1例に陽性例が認められたのみであった。今回の観察期間中に，前立腺癌症例25例中6例の内分泌学的再燃が認められたが，いずれの症例においてもKi67 LIの上昇傾向が認められた。

経会陰的前立腺針生検における前立腺腹側穿刺の意義について：中西道政，松田久雄，加藤良成，井口正典（市立貝塚），加藤 充，山崎 大（同病理） 前立腺生検においてAFMS近傍の腹側穿刺の追加により診断率が向上するのかどうか検討した。対象は2004年4月から2005年10月までに施行された114例。年齢は43～89歳（中央値70歳）PSAは0.757～776 ng/ml（中央値9.01 ng/ml）であった。全症例での癌陽性は62例（55%），また26例（23%）は腺腹側穿刺部に癌が検出された。うち5例は腺腹側穿刺部のみに癌を認め，5例ともT1c症例であった。2例はPSA gray zone 症例，2例はPSA 20 ng/ml以上であった。前立腺全摘術施行された1例では全摘標本で腫瘍はAFMS近傍に限局していた。前立腺生検において画像上癌を指摘されない症例では腺腹側穿刺の追加により診断率が向上する可能性が示された。

尿管自然破裂の1例：森 優，山本浩介，高田 仁（綾部市立），北森伴人（舞鶴医療セ） 80歳，女性。両側VUR，神経因性膀胱により尿道カテーテル留置中。2005年1月，腹部膨満を主訴に受診，麻痺性イレウスとして入院。その後急激な腹水増加と尿量減少，CTに

て腹腔内遊離ガスを認め、消化管穿孔を疑われ緊急開腹。腹腔内には漿液性腹水が多量に貯留、骨盤内に炎症所見を認めたが、腸管の穿孔・閉塞や膀胱・卵巣・子宮の異常は認めなかった。以上より、原因不明の骨盤腹膜炎による麻痺性イレウスと診断、腹腔ドレーンのみ留置。術後乏尿となりドレーン排液が増加、又排液所見より、尿路の腹腔内への破裂と診断。膀胱造影にて右下部尿管から尿溢流を確認。尿管ステントを留置し、排液量減少、尿量も確保され経過良好であった。慢性尿路疾患患者での急激な腹水貯留、尿量減少、腸閉塞は、尿路の腹腔内破裂による腹膜炎も念頭に置くべきと考えられた。

長期の尿管カテーテル留置により右尿管上膀胱動脈瘻を来した1例：山下資樹，吉田 徹，相馬隆人，中村健一，奥野 博（京都医療セ），澤崎晴武，清川岳彦，小川 修（京都大），当麻正直（同循環器内科） 58歳，女性。子宮頸癌で手術・放射線療法（50.4 Gy）後，両側尿管狭窄出現。両側尿管カテーテルを8年留置。この間，腎盂腎炎の反復を認めた。2004年11月カテーテル交換時に右尿管より膀胱タンポナーデを来す肉眼的血尿出現。右腎瘻造設後に血管造影で右尿管上膀胱動脈瘻と診断しコイル塞栓術を施行。肉眼的血尿は改善した。現在，塞栓部に感染もみとめず両側腎瘻留置となり経過良好である。

尿管子宮内膜症の1例：常森寛行，寺川智章，田口 功，今西治，山中 望（神鋼） 44歳，女性，左腰背部痛にて前医受診。超音波検査にて左水腎症指摘。精査目的に当科紹介となる。3年前に子宮内膜症にて子宮全摘術の既往あり。初診時尿検査においても血尿は認めず，尿細胞診も陰性であった。排泄性尿路造影，逆行性腎盂尿管造影，CT，MRI で左下部尿管の狭窄，腫瘤を認めた。尿管鏡下に生検施行。尿管子宮内膜症の診断であった。この時点でホルモン治療も考慮したが，患者の希望もあり5月19日全身麻酔下に尿管部分切除，下部尿管再建術として Boari flap 法を施行した。術後水腎症および疼痛は消失した。術後補助療法としてホルモン療法を開始するもほてりやめまいなどの症状が現れたため中止。現在術後7カ月経過しているが再発は認めていない。手術療法にて良好な経過を得ているが，再発に対し閉経時まで十分な観察が必要であると思われた。

膀胱尿路上皮癌の既往を有する尿管小細胞癌の1例：高橋 徹，河嶋厚成，東田 章，岡 聖次（国立大阪医療セ），竹田雅司，真能正幸（同病理），北村雅哉（きたむら医院） 65歳，2002年1月より2005年4月までに6回のTUR-BTとテラルビシン，BCGの膀胱を行っており萎縮膀胱と両側のgrade IVのVURを認めていた。2005年6月の腹部CTで左尿管下端部の充実性腫瘤を認めた。尿細胞診はclass 3。左尿管腫瘍の診断で左腎尿管膀胱尿道全摘除術施行。尿管腫瘍の病理所見は細胞質に乏しい小型の異型細胞が増殖し，免疫染色ではLCA-40が陰性，クロモグラニンA，シナプトフィジン，CD56が陽性で尿管小細胞癌と診断した。尿管に原発した小細胞癌は本邦10例目であり集計し報告した。既往に尿路上皮癌を有する尿路小細胞癌は3例目であり3例とも膀胱療法を行っており尿路上皮癌の分化に影響する可能性に興味がもたれた。

仰臥位後腹膜鏡下尿管皮膚瘻造設術の経験：寒野 徹，種田倫之，山本雅一，金丸洋史（北野） 51歳，男性。2003年4月直腸癌に対し，直腸切除と人工肛門造設術施行。術後7カ月後に局所再発をきたし，化学療法継続するも，2005年1月両側水腎症が出現した。その3カ月後に遺残肛門からの尿の漏出を自覚し，膀胱造影で膀胱直腸瘻を確認した。患者のQOL改善のため，膀胱への尿の流出を完全に遮断する目的で，全身麻酔＋硬膜外麻酔下に仰臥位による後腹膜鏡下右尿管皮膚瘻造設術と左腎動脈塞栓術を同時に施行した。術後4カ月において肛門からの尿の漏出は認めず，患者のQOLは術前に比べ良好である。仰臥位による後腹膜鏡手術は側臥位による合併症を避けることができ，また体位変換なく対側の仰臥位手術を施行可能であるという点において非常に有用であると考えられた。

膀胱拡大術後に膀胱出血を呈した小腸静脈瘤の1例：伊藤靖彦，中川雅之，吉田浩士，上田朋宏（京都市立），上田浩之（同放射線） 74歳，男性。41歳時に尿路結核による萎縮膀胱に対して膀胱拡大術を受けた。その他の既往歴，合併症も多く全身状態不良である。2005年6月1日より肉眼的血尿が出現，初診時のエコー，CT検査，膀胱鏡では拡大された膀胱に多量の血腫を認めるも詳細は不明であった。膀胱造影にて膀胱と拡大された膀胱の移行部が著明に狭小化していた。血腫消失後に再度CT検査を施行し原因不明の門脈石灰化による門脈圧亢進を原因とした小腸静脈瘤（破裂）と診断した。拡大された膀胱内のみタンポナーデとなり保存的に止血可能であった。